

## ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ МЕЛАНОМІ ШКІРИ

Чемирисов В.В., Малий М.Ю., Мороз С.В., Назаров М.В.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Меланома шкіри є злоякісною пухлиною, яка відрізняється особливо важким і швидким перебігом та вкрай неблагоприємним прогнозом.

В Україні щорічно реєструється декілька тисяч нових випадків захворювання на цю патологію. Стандартизований показник захворюваності на меланому в Україні серед чоловіків складає – 5,7 на 100 тис., а серед жінок – 6,1 на 100 тис. населення. Як і у всьому світі, спостерігається неухильне збільшення показників захворюваності. За останні 30 років кількість випадків захворювання на меланому зросла в три рази, щорічний приріст захворюваності за цей період склав +5,4%.

Результати лікування меланоми шкіри вкрай незадовільні, середня кумулятивна 5-річна виживемність хворих в нашій країні складає 48,5%, хоча меланома може бути причиною смерті хворого і в більш пізній період.

Доведено, що наступні ознаки та симптоми можуть свідчити про меланому:

- поява (після статевого дозрівання) нових родимих плям, які змінюють форму, колір або розмір;
- зміна кольору, форми або розміру давнішньої родимої плями;
- будь-яка родима пляма, що має три або більше кольори і стає несиметричною;
- родима пляма, що кровоточить або свербить;
- будь-яке нове стійке ураження шкіри, особливо, якщо воно розростається;
- пігментована або на вигляд має судинну структуру;
- нова пігментована лінія на нігтях, особливо якщо вона пов'язана із ураженням нігтя;
- утворення яке розростається під нігтем.

В разі підозри на наявність підозрілих (щодо меланоми) пігментних новоутворень шкіри (клінічна група I) – пацієнти повинні бути направлені будь яким медичним працівником (фельдшером, сімейним лікарем, вузьким спеціалістом) впродовж 10 днів до закладу спеціалізованої медичної допомоги (онкологічні диспансери). Підозріла пухлина повинна бути видалена у широких межах електроножем, бажано, з невідкладним гістологічним дослідженням.

Діагностика меланоми полягає у підтвердженні, за допомогою морфологічного методу, наявності злоякісного новоутворення. На жаль, навіть гістологічне дослідження у 10-15% можуть бути хибними, та давати як гіпо-, так і гіпердіагностичні помилки.

Обов'язковим є визначення поширення патологічного процесу та встановлення його стадії. За прийнятою вітчизняною та міжнародною класифікацією:

**I стадія** – пухлина до 2 см. ( $T_1N_0M_0$ );

**II стадія** – пухлина до 2 см. з мікровиразками та з інфільтрацією тканин, які підлягають, без регіонарних лімфовузлів ( $T_2N_0M_0$ ),

**III стадія** – пігментна пухлина, яка проростає підшкірну клітковину та апоневроз з метастазами у регіонарні лимфоузли ( $T_3N_{1-2}M_0$ );

**IV стадія** – пухлина будь якого розміру з наявністю сателітів та відділених метастазів ( $T_3N_{2-3}M_1$ ).

Досить часто метастазування меланоми може проходити без первинно виявленого вогнища ( $T_0N_{2-3}M_1$ ).

Спеціальне лікування меланоми проводиться в залежності від поширеності пухлинного процесу (стадії), загального стану пацієнта, віку, супутньої патології та включає операцію, хіміо- і променеву терапію. Треба відзначити, що меланома практично малочутлива до хіміотерапії та радіотерапії. Є дані про те, що імунотерапія може дещо затримувати розвиток меланоми.

Не дивлячись на це, ряд авторів рекомендують застосовувати поліхіміотерапію (актиноміцин, платидіам і т.п.), та радіотерапію для лікування меланоми. Але хірургічний метод лікування (електровисікання пухлини у широких межах, видалення уражених лімфовузлів) залишається провідним методом.

За даними статистики, більше 75% пацієнтів з меланою отримали тільки хірургічне лікування. При локалізації, морфологічно підтвердженої, вузлової меланоми на пальцях кистей або стоп, необхідно провести екзартикуляцію пальців, іноді з частиною плюсневих або п'ясткових кісток. Ампутація кінцівки при меланомі шкіри недоцільна.

Треба відмітити відсутність онкологічної настороженості у хірургів амбулаторій та косметологів, які у гонитві за так званим «косметичним ефектом» грубо порушують онкологічні принципи, внаслідок чого операційний розріз іде через інвазовану ділянку, що веде до маніфестації пухлинного процесу. Особливо це стосується безкольорових форм меланоми шкіри.

Усі хворі повинні бути поставлені на диспансерний облік у онколога. Пацієнти з меланою не можуть бути зараховані до III клінічної групи диспансерного спостереження, а тільки до II або ж до IV груп. Треба пам'ятати, що стадія меланоми залишається на все життя пацієнта такою, якою вона була при первинному виявленні. Обстеження повинно включати методи дослідження для виявлення можливих метастазів у лімфатичні вузли та органи мішені (головний мозок, печінка, легені та ін.), такі як УЗД, КТ, МРТ, радіоізотопні дослідження та ін.

Пацієнти з меланою *in situ* не потребують спостереження віддалених наслідків. У пацієнтів з I стадією меланоми спостереження віддалених наслідків має передбачати 2-4 огляди протягом 12 місяців із наступним припиненням спостереження. Пацієнтів із II чи III стадією меланоми спостерігають раз на 3 місяці перші 3 роки і потім кожні 6 місяців у наступні 5 років. Пацієнтів з III або операбельною IV стадією меланоми спостерігають раз на 3 місяці перші 3 роки, потім кожні 6 місяців у наступні 5 років і раз на рік у наступні 10 років. Пацієнтів з неоперабельною IV стадією меланоми спостерігають відповідно до їх клінічних потреб.

Кінцевий результат лікування меланоми прямо залежить від стадії, на якій було виявлено захворювання. Якщо 90% осіб з меланою I стадії живуть більше 5 років, то виживаємість за такий період осіб з вперше виявленою II стадією становить 60-65%, а з вперше виявленою III стадією становить 40-45%. На жаль, діагностика меланоми на ранніх стадіях становить собою значні труднощі, як через відсутність об'єктивних методів виявлення, так і через відсутність онкологічної настороженості серед медичних

працівників. Тому профілактика, що полягає у видаленні передракових новоутворень шкіри, дозволяє знизити захворюваність меланомою.

При I і II стадії (безпосередньо після операції та відсутності метастазів, які клінічно виявляються) хворі можуть бути виписані до праці після загоєння післяопераційної рани – тимчасова непрацездатність (при неускладнених випадках) становить до 10 днів, при випадках вторинного заживлення без накладення кожних швів – до 30 днів. При III стадії (після проведення широкого висічення первинної пухлини та видалення лімфовузлів) без метастазів – тимчасова непрацездатність продовжується до загоєння рани.

Виявлення у пацієнтів віддалених лімфогенних та гематогенних метастазів є підставою для направлення хворого на МСЕК. Особливістю є те, що при меланомі навіть тотальна дисемінація організму її метастазами на перших порах не супроводжується помітним обмеженням життєдіяльності, але внаслідок бурхливого їх розвитку життєдіяльність стрімко обмежується і смерть настає через  $9 \pm 2$  місяці через інсульт, печінкову чи легеневу недостатність, ракову кахексію, тощо. Особам з III стадією, які продовжують хіміотерапевтичне, радіологічне, комбіноване лікування без клінічно виявлених метастазів встановлюється II група інвалідності на 1 рік. При переогляді таким хворим може бути встановлена II чи III група інвалідності в залежності від ступеня обмеження життєдіяльності внаслідок лікування. Особам, у яких виявлені віддалені метастази (IV ст.), навіть при слабо вираженому обмеженні життєдіяльності/ може бути встановлена I Б група інвалідності, а при важких ускладненнях, що ведуть до потреби у постійному догляді та допомозі I А групу інвалідності.